



1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Su plan de salud de Medicare Beneficios y servicios y cobertura de medicamentos como miembro de Champion Care (HMO C-SNP)

Este documento detalla su cobertura médica y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. Es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para comprender:

- Nuestra prima del plan y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una reclamación si no estás satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros Al 1-800-885-8000 (usuarios de TTY: 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Champion Care (HMO C-SNP), es ofrecido por Renal Payer Solutions, Inc. (que opera como "Champion Health Plan"). (Cuando esta Evidencia de Cobertura menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Renal Payer Solutions, Inc. (que opera como "Champion Health Plan"). Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a Champion Care (HMO C-SNP).)

Este documento está disponible de forma gratuita en Español. La información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente.

Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares gratuitos. Consulte la Sección 5 del Capítulo 11 de esta Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Los beneficios y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido**Tabla de contenido**

CAPÍTULO 1: Comience como miembro	6
SECCIÓN 1 Eres miembro de Champion Care (HMO C-SNP).....	6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros	8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía en la Parte D.....	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan.....	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1 Champion Care (HMO C-SNP) contactos.....	20
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP)	24
SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO).....	24
SECCIÓN 5 Seguridad social.....	25
SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad	26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)	31
SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	31
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	33
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	42
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución de salud no médica religiosa.....	45
SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos	46
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué cubre y qué pagas)	48
SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos.....	48

Tabla de contenido

SECCIÓN 2	El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....	50
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	90
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D.....		93
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan.....	93
SECCIÓN 2	Llene su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.....	93
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	97
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	99
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría.....	101
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	104
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	106
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica	108
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	108
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos	110
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D.....		113
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D.....	113
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para Champion Care (HMO C-SNP) miembros	115
SECCIÓN 3	Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	116
SECCIÓN 4	No hay deducible para Champion Care (HMO C-SNP).....	118
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	118
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	124
SECCIÓN 7	Lo que pagas por las vacunas de la Parte D	124
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos		127
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	127
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió.....	130
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	131

Tabla de contenido

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	132
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	132
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	138
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	140
SECCIÓN 1 Qué hacer si tienes un problema o inquietud	140
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	140
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?	141
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	142
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	145
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	154
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto	165
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	171
SECCIÓN 9 Llevando su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	175
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	179
CAPÍTULO 10: Fin de la membresía en nuestro plan.....	183
SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan	183
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puedes finalizar tu membresía en nuestro plan?	183
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	186
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	187
SECCIÓN 5 Champion Care (HMO C-SNP) Debemos finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones.....	187
CAPÍTULO 11: Avisos legales	189
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	189
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	189
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	190
SECCIÓN 4 Aviso de privacidad de HIPAA	190

Tabla de contenido

SECCIÓN 5	Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística	195
CAPÍTULO 12: Definiciones.....		199

CAPÍTULO 1:

Comience como miembro

SECCIÓN 1 Eres miembro de Champion Care (HMO C-SNP)

Sección 1.1 Estás inscrito en Champion Care (HMO C-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de Champion Care (HMO C-SNP).

Champion Care (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Champion Care (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Champion Care (HMO C-SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a personas con diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y trastornos cardiovasculares.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca crónica y los trastornos cardiovasculares. También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades específicas de las personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones, incluyendo los medicamentos que se usan habitualmente para tratar la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca crónica y los trastornos cardiovasculares. Como miembro de nuestro plan, usted recibe beneficios adaptados a su afección y coordina toda su atención médica a través de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta Evidencia de Cobertura forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Champion Care (HMO C-SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) y cualquier notificación que le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

Capítulo 1 Comience como miembro

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en Champion Care (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Champion Care (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Champion Care (HMO C-SNP) Cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

- Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades específicas de personas con ciertas afecciones médicas. Para ser elegible, debe tener diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y trastornos cardiovasculares.
- Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de 6 meses, aún podrá ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua considerada.

Capítulo 1 Comience como miembro

Sección 2.2 Planificar el área de servicio para Champion Care (HMO C-SNP)

Champion Care (HMO C-SNP) Solo está disponible para quienes residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nevada: Churchill, Clark, Carson City y Washoe.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Champion Care (HMO C-SNP) si no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan. Champion Care (HMO C-SNP) debe cancelar su afiliación si no cumple con estos requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:

Capítulo 1 Comience como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su Champion Care (HMO C-SNP) Si no tiene su tarjeta de membresía, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El Directorio de Proveedores (<https://championhmo.com/provider-directories>) Enumera nuestros proveedores de red actuales. **Proveedores de red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Champion Care (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.

Si no tiene un Directorio de Proveedores, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros llamando al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben

Capítulo 1 Comience como miembro

llamar al 711). Los Directorios de Proveedores impresos que solicite se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El Directorio de Farmacias (<https://championhmo.com/provider-directories>) Lista de farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que se comprometen a surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el Directorio de Farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Si no tiene un Directorio de Farmacias, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros llamando al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.ChampionHMO.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una Lista de Medicamentos Cubiertos (también llamada Lista de Medicamentos o Formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Champion Care (HMO C-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Champion Care (HMO C-SNP) Lista de medicamentos.

La Lista de medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/> o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 1 Comience como miembro**SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes**

	Sus costos en 2026
Prima del plan mensual* *Su prima puede ser superior a este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0
Monto máximo de desembolso personal Este es el máximo que pagará de su bolsillo por la cobertura. Servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$199.00
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 copago por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 de copago por visita
Estancias hospitalarias para pacientes internados	Copago de \$0 para los días 1 al 90
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 Sección 4 para obtener más detalles).	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Ir al capítulo 6 (para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago o coaseguro Durante la etapa de cobertura inicial: Medicamentos de nivel 1: copago de \$0 Medicamentos de nivel 2: copago de \$3 Medicamentos de nivel 3: copago de \$47

Capítulo 1 Comience como miembro

Sus costos en 2026
Usted paga \$20 suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 4: copago de \$100 Usted paga \$20 suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 5: coseguro del 33 % Usted paga \$35 suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de nivel 6: copago de \$0 Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Parte D Multa por inscripción tardía (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Plan premium

No paga una prima de plan mensual separada para Champion Care (HMO C-SNP).

Capítulo 1 Comience como miembro

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura **Puede que no se aplique a usted** Te enviamos Un documento aparte, llamado Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el Anexo LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare**

Y Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D. Esta multa es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de finalizar su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. La cobertura de medicamentos válida es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos válida. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando te inscribes por primera vez en Champion Care (HMO C-SNP), Te informamos la cantidad de el penalti.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía una cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos Le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 1 Comience como miembro

- **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de ser elegible para inscribirse por primera vez en la Parte D, nuestro plan contabilizará los meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario). Para 2026, esta prima promedio es de \$38.99.
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima base nacional del beneficiario y redondee el resultado a la decena más cercana. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Esta cantidad se añadiría a la prima mensual del plan para quienes tengan una penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La pena puede cambiar cada año.** porque la prima base del beneficiario nacional puede cambiar cada año.
- **Continuarás pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene menos de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe

Capítulo 1 Comience como miembro

pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D. Este cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrán de su Cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Gestión de Personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, A menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir el monto adicional Recibirá una factura de Medicare. Debes pagar el IRMAA extra al gobierno. **No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se le cancelará su afiliación a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre los meses restantes del año.

El Capítulo 2, Sección 7, ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía en la Parte D

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay tres (3) formas en las que usted puede pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Recibirá una factura mensual por la multa por inscripción tardía aproximadamente 15 días antes de la fecha de vencimiento. Puede enviar su cheque por correo a Champion Health Plan, ATTN: Accounting – LEP PO Box 15337 Long Beach, CA 90815. Su pago debe recibirse antes del 1 de cada mes. Su cheque debe estar a nombre del Plan y no de CMS ni HHS.

Opción 2: Puede pagar con Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede debitar su pago automáticamente de su cuenta bancaria. Generalmente, su pago se debitará alrededor del día 5 de cada mes. Si desea suscribirse a la Transferencia Electrónica de Fondos (EFT), siga las instrucciones en su factura o llame a Servicios para Miembros.

Opción 3: Que las multas por inscripción tardía en la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma de pagar su multa por inscripción tardía a la Parte D. Si decide cambiar su método de pago para la multa por inscripción tardía a la Parte D, la entrada en vigor de su nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía a la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Su Multa por inscripción tardía en la Parte D debe estar en nuestra oficina el primer día de cada mes. Si no recibimos supago El primer día de cada mes le enviaremos un aviso.

Si tiene problemas para pagar su Multa por inscripción tardía a la Parte D, si corresponde, A tiempo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayuden con sus costos.

Capítulo 1 Comience como miembro

Sección 5.2 Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año.

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagarla. Esto podría ocurrir si cumple o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente pagas una Parte D Si no paga la multa por inscripción tardía y es elegible para recibir Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagarla.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan. incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos. Por eso, es muy importante que mantenga su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si le admiten en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia

Capítulo 1 Comience como miembro

- Si participa en un estudio de investigación clínica (Nota: no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al número de miembro Servicios al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puedes Debe proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("el pagador secundario") solo paga si la cobertura principal no cubre costos. Es posible que el pagador secundario no cubra los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

Capítulo 1 Comience como miembro

- Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales de la empresa o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Champion Care (HMO C-SNP) contactos

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Champion Care (HMO C-SNP) Servicios para miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estaremos encantados de ayudarle.

Servicios para miembros – Información de contacto

Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura ni pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Champion Care (HMO C-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto

Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Seguro médico del estado- Información del contacto

Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
Teléfono de texto	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatea en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribir	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puedes visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Champion Care (HMO C-SNP). Para presentar una queja a Medicare, ir a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Nevada, el SHIP se llama Programa de Asistencia de Medicare de Nevada (MAP).

MAP Es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

BARCO Los asesores pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Asistencia de Medicare de Nevada (MAP)- Información del contacto

Llamar	1-800-307-4444
Teléfono de texto	711
Escribir	1550 College Parkway Carson City, Nevada 89706 O, Correo electrónico a NevadaMAP@adsd.nv.gov
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Prog/

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para Nevada, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.

Programa Livanta BFCC-QIO Cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

médica para las personas con Medicare. El Programa Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No está vinculado con nuestro plan.

Comuníquese con el Programa Livanta BFCC-QIO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida. Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está terminando demasiado pronto.

Programa Livanta BFCC-QIO—Información del contacto

Llamar	1-877-588-1123 Horario: de 9:00 a 17:00 hora local (de lunes a viernes); de 11:00 a 15:00 hora local (sábados y domingos)
Teléfono de texto	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	10820 Guilford Rd, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://livantaqio.com/en/states/nevada

SECCIÓN 5 Seguridad social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SocialSeguridad – Información de contacto**

Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
Teléfono de texto	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos, como sus primas. Estos ahorros de Medicare.

Programas incluir:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Medicaid.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Medicaid)– Oficina de Distrito
Información del contacto

Llamar	1-800-992-0900 Local: 775-684-3600 Horario: 8 a. m. a 5 p. m. (de lunes a viernes)
Teléfono de texto	711
Escribir	1100 E Williams ST, STE 101 Carson City, Nevada 89701
Sitio web	https://dhcfp.nv.gov/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. La Ayuda Adicional también se incluye en sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si califica para la Ayuda Adicional:

- Visita <https://secure.ssa.gov/i1020/start> Para aplicar en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Al solicitar la Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales ofrecen ayuda con otros

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Si cree que califica para recibir Ayuda adicional, llame a Servicios para miembros utilizando el número de teléfono impreso en la contraportada de este documento.
- A continuación, se muestran ejemplos de documentación que puede proporcionar como evidencia para respaldar su prueba de elegibilidad:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid si incluye su fecha de elegibilidad durante el período de tiempo en cuestión
 - Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social que muestre el estado del Subsidio para bajos ingresos de Medicare
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid durante el período de tiempo en cuestión
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra el estado de Medicaid durante el período de tiempo en cuestión
- Si ha sido residente de un centro de atención a largo plazo (LTC), (como un hogar de ancianos), es posible que pueda proporcionar lo siguiente como prueba de elegibilidad:
 - Una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para usted durante el período de tiempo en cuestión
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en su nombre
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional, para fines de pago de Medicaid, durante el período de tiempo en cuestión
- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el importe, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y tiene una deuda con ella, podríamos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos realizar el pago directamente al

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (Los usuarios de TTY llaman al 711) Si tienes preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas médicas, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un plan estatal Farmacéutico Programa de Asistencia para el Control de Enfermedades (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

En Nevada, el SPAP se denomina Programa de Medicamentos Recetados para Personas Mayores y con Discapacidad de Nevada. Este programa también ayuda con el costo de las primas de la Parte D. Consulte la información adicional a continuación.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través del ADAP de Nevada, también conocido como el Programa de Asistencia para Medicamentos de Nevada (NMAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición estatal) y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su asistente social local de inscripción al ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (844) 421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto festivos).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para brindar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

En Nevada, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Medicamentos Recetados para Personas Mayores y Discapacitadas de Nevada.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Programa de recetas médicas para personas mayores y discapacitadas de Nevada—
Información del contacto**

Llamar	1-866-303-6323 (opción 2)
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SeniorRx/SrRxProg/

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (Enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto

Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Champion está abierto de 8:00 a 20:00 de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, y los 7 días de la semana, de 8:00 a 20:00, del 1 de octubre al 31 de marzo. Servicios para miembros 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. TTY está disponible de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., entre el 1 de octubre y el 31 de marzo.
Fax	949-227-3796
Escribir	Champion Health Plan 5000 Airport Plaza Drive, Suite 100

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Long Beach, CA 90815 memberservices@championpayer.com
Sitio web	Champion Medicare Prescription Payment Plan

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) – Información de contacto

Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
Teléfono de texto	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o de su grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (Los usuarios de TTY llaman al 711) Si tiene alguna pregunta, puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Este administrador puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga al recibirla, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Proveedores** Son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de red** Son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Nos encargamos de que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Servicios cubiertos** Incluye toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios de medicamentos recetados cubiertos se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que tu atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Champion Care (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Champion Care (HMO C-SNP) voluntad Generalmente cubre su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el capítulo 4.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de las situaciones Nuestro plan debe otorgarle una aprobación previa (una referencia) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones de su médico de cabecera para atención de emergencia o servicios urgentes. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red**(Vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Debe comunicarse con nosotros para obtener una autorización previa para los servicios fuera de la red. En este caso, paga lo mismo que pagaría. Pagar si recibió atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra

área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Tú debe Elija un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

- ¿Qué es un PCP?
 - Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para brindar y coordinar sus servicios cubiertos.
 - Un proveedor de tratamiento primario (PTP) generalmente es un especialista de la red que usted selecciona para brindar y coordinar los servicios únicos relacionados con el tratamiento de la condición crónica que lo califica para este plan de necesidades especiales.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como médico de cabecera?
 - Los médicos de atención primaria (PCP) son generalmente médicos especializados en medicina interna, medicina familiar, medicina general o geriatría.
 - En algunos casos, puede utilizar a un especialista del plan, como un nefrólogo, como su médico de cabecera. Llame a Servicios para Miembros para saber si su especialista está contratado como su médico de cabecera.
- ¿Cuál es el papel de mi médico de cabecera?
 - Su médico de cabecera le brindará la mayor parte de su atención básica y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de otros médicos, hospitalizaciones y seguimiento médico.
 - Su PCP también colaborará con su PTP para gestionar las necesidades específicas de su condición crónica calificada.
 - Si su médico de cabecera determina que necesita atención de un especialista o proveedor de la red que no sea su médico de cabecera o profesional de la salud, coordinará una derivación. En algunos casos, su médico de cabecera necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa).

¿Cómo elegir un médico de cabecera?

Debe seleccionar un PCP y un PTP del Directorio de proveedores cuando se inscriba en nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Su decisión es importante, ya que su acceso a ciertos especialistas y hospitales de la red puede depender de su elección. Si desea utilizar hospitales, médicos u otros proveedores específicos, asegúrese de averiguar si un médico de cabecera lo deriva a esos proveedores al tomar su decisión.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento. Si no elige uno, seleccionaremos uno cerca de su domicilio.

Cómo cambiar de médico de cabecera

Puede cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su médico de cabecera abandone la red de proveedores de nuestro plan, por lo que tendría que elegir uno nuevo. Puede solicitar este cambio llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento.

Si el nuevo médico de cabecera acepta nuevos miembros del plan y su solicitud se recibe al menos 10 días antes de que finalice el mes, la asignación de su nuevo médico de cabecera entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se realiza en los últimos 10 días del mes, la asignación de su nuevo médico de cabecera entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior a su solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de un médico de cabecera

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cabecera.

- Atención médica de rutina para la mujer, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. siempre que los obtengas de un proveedor de red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del servicio área para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

¿Cuál es el papel del médico de cabecera al derivar a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Ciertos servicios están cubiertos por nuestro plan solo si su médico de cabecera u otro proveedor obtiene la autorización de nuestro plan antes de que usted reciba atención. Esto se denomina autorización previa. Para estos servicios, su médico de cabecera o proveedor se comunicará con nuestro plan para obtener la autorización previa. Nuestro personal clínico, incluyendo enfermeras y médicos, revisa la información clínica enviada por el proveedor y toma una decisión sobre la solicitud de autorización previa. En otros casos, las derivaciones a otros proveedores podrían no requerir autorización previa. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Su médico de cabecera seleccionará los especialistas y hospitales de la red a los que lo remitirá según sus prácticas habituales de derivación y afiliaciones. La presencia de un especialista de la red en el Directorio de Proveedores no significa que su médico de cabecera lo remitirá a ese proveedor.

¿Qué es el Proceso de Autorización Previa?

En algunos casos, su médico de cabecera u otro proveedor podrían necesitar obtener nuestra aprobación previa para ciertos tipos de servicios o pruebas que usted recibe dentro de la red (esto se denomina "autorización previa"). Obtener la autorización previa es responsabilidad del médico de cabecera o del proveedor tratante. Los servicios y artículos que requieren autorización previa se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4, Sección 2.1. Los detalles y los códigos de servicio también se publican en nuestro sitio web (www.ChampionHMO.com).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le continúen dando los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo dentro de la red compartir. Debe comunicarse con nosotros para obtener autorización previa para los servicios fuera de la red.
- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Su médico de cabecera (PCP) de la red o nuestro plan deben darle su aprobación previa antes de que pueda consultar con proveedores fuera de la red del plan. Esto se conoce como "remisión". Para obtener más información sobre esto y las situaciones en las que puede consultar con un proveedor fuera de la red sin una remisión (como en una emergencia), consulte las Secciones 2.2 y 2.3 de este Capítulo. Si no tiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo. Puede llamar a Servicios para Miembros para preguntar si desea consultar con un proveedor fuera de la red. Tomaremos una decisión sobre su solicitud y se la notificaremos.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico necesite obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina "autorización previa"). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Sin embargo, si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos cubiertos).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la muerte del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Solicite una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación ni una referencia médica de su médico de cabecera. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y urgencia

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

en todo el mundo (consulte el Capítulo 4, Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información sobre este beneficio) fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad.
 - Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.
 - Usted será responsable de pagar los servicios por adelantado. Debe presentarnos una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen su atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si la recibe de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y debe seguir las reglas a continuación para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Obtenga atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Sin embargo, las visitas médicas de rutina al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. El Directorio de Proveedores del plan le indicará qué centros de su área pertenecen a la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener ayuda para encontrar el Centro de Atención de Urgencias más cercano, visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente utilizando el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente también están impresos en la contraportada de este documento).

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Usted será responsable del pago de los servicios por adelantado. Debe presentar una solicitud de reembolso. Para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visita www.ChampionHMO.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más de lo que le corresponde según nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.

Champion Care (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que pague después de alcanzar su límite de beneficios no se contabilizan para su máximo anual de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y comida para una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido dentro de la

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

red que usted paga como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó por el costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de reparto de costes en un ensayo clínico: Supongamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero con nuestro plan la prueba costaría \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto significa que su pago neto por la prueba sería de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare Medicare and Clinical Research Studies, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución de salud no médica religiosa

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se ofrece solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de salud religiosa no médica

Para recibir atención de una institución de salud no médica religiosa, debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que no esté exceptuado.

- **No exceptuados** La atención o tratamiento médico es cualquier atención o tratamiento médico que sea voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- **Exceptuado** El tratamiento médico es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que no es voluntario o que es requerido por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención médica no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, tenga en cuenta lo siguiente: Se aplican condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - - y - Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación, o su estadía no estará cubierta.

No hay límites de beneficios por ingreso o estancia para la cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados. Consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, para ver qué está cubierto y cuánto le corresponde pagar.

SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de algún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre posee algunos artículos de EMD, como prótesis. Otros tipos de EMD deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (EMD) son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de **Champion Care (HMO C-SNP)**, normalmente no obtendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por ellos mientras sea miembro de nuestro plan. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (EMD) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del equipo. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se contabilizan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare Champion Care (HMO C-SNP) Cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si te vas Champion Care (HMO C-SNP) o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, entonces deberá devolverlo.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma compañía o cambiarse. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente debe pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué cubre y qué pagas)

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Champion Care (HMO C-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que usted puede pagar por servicios cubiertos

Los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** La cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago al recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro:** El porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coaseguro al recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coaseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el precio máximo que pagarás? Las Partes A y B de Medicare están cubiertas servicios médicos?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que tiene pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos dentro de la red bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2026, el MOOP **El monto es \$199.00.**

Los montos que paga por copagos y coaseguros por servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para este monto máximo de desembolso personal. Los montos que paga por medicamentos de la Parte D no se contabilizan para su monto máximo de desembolso personal. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contabilizan para el

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

monto máximo de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso de \$199.00, no tendrá que pagar ningún desembolso de su bolsillo costos por el resto del año para los cubiertos dentro de la red Parte A y Parte B servicios. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Champion Care (HMO C-SNP) Tiene una protección importante, ya que solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como facturación de saldo. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia médica o para emergencias o servicios urgentes).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia médica, o en caso de emergencias o servicios urgentes fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

El cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios Champion Care (HMO C-SNP) Cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica de un proveedor fuera de la red no está cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya remitido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que reciba.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación previa (una referencia) antes de poder consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios incluidos en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en cursiva en la Tabla de Beneficios Médicos (por ejemplo: "Podría requerirse autorización previa").
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, usted paga menos. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare & You 2026. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costo compartido no cambiarán durante este período.

**Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
información importante sobre beneficios para personas con enfermedades crónicas**

- Si le diagnostican alguna de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación, participa y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y trastornos cardiovasculares
 - Debe participar en nuestro programa de gestión de atención para obtener acceso a nuestro Paquete de opciones de salud
- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en el Cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para saber exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)**Cuadro de beneficios médicos**

Servicio cubierto	Lo que pagas
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • No asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. Tratamientos de acupuntura de rutina* Recibe hasta 30 tratamientos de acupuntura de rutina cada año.	Copago de \$0 para tratamientos de acupuntura de rutina
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y terrestre, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Ambulancia terrestre: • Copago de \$0 para transporte que no sea de emergencia • Copago de \$125 para todos los demás transportes Ambulancia aérea: • 20% del coste de todos los transportes <i>Puede requerirse autorización previa para transportes que no sean de emergencia.</i>
Examen físico anual* El examen físico anual de rutina incluye una evaluación completa de su estado de salud y enfermedades crónicas. Se limita a uno por año calendario.	\$0 de copago por examen físico anual \$0 de copago para análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
<u>Nota</u> El examen no incluye análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas ni otros servicios que se soliciten durante su consulta. Podría aplicarse un costo compartido adicional, como se describe en otra sección de esta Tabla de Beneficios Médicos.	<i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
 Visita anual de bienestar Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. Nota Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
 Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
 Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, la educación y el asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con el consentimiento de un médico orden. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de cabecera para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prevención de enfermedades cardiovasculares mediante terapia conductual intensiva.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.
 Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación Tratamientos quiroprácticos de rutina* Recibe hasta 20 visitas de atención quiropráctica de rutina cada año	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare Copago de \$0 por visitas quiroprácticas de rutina
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el tratamiento. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
 Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: - La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. - Colono grafía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal. Está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colono grafía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de.	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico. Copago de \$0 para exámenes de diagnóstico y enemas de bario.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cáncer colorrectal, se podrá realizar el pago de una colono grafía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses a partir del mes en el que se realizó la última colono grafía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colono grafía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multidiana para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.  Detección del cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho	Recibirá un beneficio de \$3,000 cada año para beneficios dentales preventivos e integrales

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos: Servicios dentales preventivos* • Exámenes orales • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con flúor • radiografías dentales • Otros servicios dentales preventivos (incluidas citas de teleodontología) Servicios dentales integrales* • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prótesis (removibles) • Prótesis maxilofaciales • Cirugía oral y maxilofacial Todos los costos compartidos de atención dental no cubiertos por Medicare y el beneficio máximo permitido se aplican únicamente a los servicios dentro de la red. Servicios dentales (continuación) La parte no utilizada del máximo anual no se traslada al beneficio del año siguiente. El miembro es responsable de cualquier monto que exceda el máximo anual.. Para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos, visite www.ChampionHMO.com o llame a nuestro Servicio de Atención al Miembro al número que figura al dorso de este documento.	combinados para servicios dentro de la red. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <u>Servicios preventivos</u> \$0 de copago por servicios preventivos <u>Servicios integrales</u> • 20% del coste por: ○ Restauración menor (empastes) ○ Endodoncia ○ Periodoncia ○ Cirugía Oral • 40% del coste por: ○ Restauración mayor (coronas/puentes) ○ Prótesis (fija y removable) ○ Prótesis maxilofaciales <i>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para atención dental integral.</i>
 Detección de depresión	No hay coseguro, copago ni deducible para una

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.	visita anual de detección de depresión.
 Detección de diabetes Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de plantillas.  Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen con estos zapatos). La cobertura incluye la adaptación.	Copago de \$0 para todos los servicios o artículos cubiertos por Medicare enumerados

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
La capacitación en autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (EMD) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web. www.ChampionHMO.com. En general, Champion Care (HMO C-SNP) cubre cualquier equipo médico duradero (EMD) cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Champion Care (HMO C-SNP) y usa una marca de EMD que no está en nuestra lista, seguiremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este período, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su condición médica.	Copago de \$0 para artículos DME cubiertos por Medicare que cuestan menos de \$100. 20% del costo de artículos DME cubiertos por Medicare que cuestan \$100 o más. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare se aplica de acuerdo con lo anterior. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. <i>Puede requerirse autorización previa</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados (continuación) condición. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Atención de emergencia en todo el mundo* El plan cubre la atención de emergencia recibida en todo el mundo hasta un límite máximo de beneficio de \$10,000 al año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficio incluye servicios de urgencia en todo el mundo. Consulte la sección "Servicios de Urgencia" a continuación en esta tabla. (La atención de emergencia en todo el mundo se refiere a los servicios de urgencia recibidos fuera de Estados Unidos y sus territorios).	Copago de \$70 por cada visita. El copago se exime si ingresa al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia se estabilice, debe mudarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe hacer que su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red sea autorizada por nuestro plan y su costo sea el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Atención de emergencia en todo el mundo \$0 copago
 Programas de educación sobre salud y bienestar Educación para la salud* Las clases de Educación para la Salud se ofrecen presencialmente o como sesiones educativas interactivas	Copago de \$0 por beneficio de educación para la salud

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
virtuales con profesionales de la salud para brindar información sobre salud. Los materiales de Educación para la Salud son...  Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) También se proporciona, junto con acceso a un sitio web, entrenamiento telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, retroalimentación y establecimiento de objetivos. Aptitud física* A los miembros se les reembolsa hasta \$35 por mes por programas de acondicionamiento físico o membresías. Programa de control de peso* Los miembros tienen acceso a consultas con un nutricionista o dietista, un plan de ejercicios personalizado y apoyo conductual según sea necesario, sin necesidad de autorización. Los servicios son proporcionados por el personal del plan de salud Champion o un proveedor contratado.	\$0 de copago por beneficio de acondicionamiento físico Copago de \$0 para el programa de control de peso
Servicios de audición Evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor a determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Beneficio auditivo complementario* Recibirás: • Un (1) examen de audición de rutina por año • Una (1) adaptación y evaluación de audífonos por año • Dos (2) audífonos cada 3 años Nuestro plan tiene contrato con TruHearing para brindarle servicios de audición complementarios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com.	\$0 copago por: • Servicios cubiertos por Medicare • Examen de audición de rutina • Adaptación y evaluación de audífonos Copago de \$149 por audífono (hasta 2 audífonos)
 Prueba de detección del VIH	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño* Este beneficio incluye la provisión de una silla de ducha para los miembros que requieran asistencia y apoyo adicional.	\$0 copago
Atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y solicitará que una agencia de salud a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Copago de \$0 para proveedores de atención primaria y servicios de especialistas 0% a 20% del costo de los medicamentos de la Parte B

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado	Copago de \$0 para equipo médico duradero de menos de \$100 20% del costo de equipo médico duradero de más de \$100 <i>Puede requerirse autorización previa</i>
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando Su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado domiciliario Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal: Medicare original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Medicare Champion Care (HMO C-SNP).

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, Su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que este cubre. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. Cuidados paliativos (continuación) • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. Para servicios cubiertos por Champion Care (HMO C-SNP) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Champion Care (HMO C-SNP) Continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
hospicio y nuestro plan. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	
 Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: • vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitalización de agudos, rehabilitación, cuidados a largo plazo y otros servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden	Copago de \$0 para los días 1 a 90 de cada estadía cubierta por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días por hospitalización. También incluye 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez agotados estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días por ingreso. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos y drogas • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede optar por acudir a un proveedor local siempre que Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	\$0 de copago por día de reserva de por vida La hospitalización comienza el día del ingreso y finaliza al recibir el alta. No hay límite de hospitalizaciones. Si recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los proveedores locales de trasplantes aceptan la tarifa de Medicare Original. Si Champion Care (HMO C-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted decide recibir el trasplante en este lugar distante, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos Nota: Para ser considerado paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "Beneficios Hospitalarios de Medicare". Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. • Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Este límite no aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización. También incluye 60 días de reserva vitalicia. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días	Usted paga por cada estadía hospitalaria: • Copago de \$100 por día para los días 1 al 10; • \$0 de copago por día para los días 11 al 90; y • Copago de \$0 para los días 1 a 60 por día de reserva de por vida

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
de reserva. Una vez agotados, su cobertura hospitalaria se limitará a 90 días. Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	La hospitalización comienza el día del ingreso y finaliza al recibir el alta. No hay límite de hospitalizaciones. Se cobra un costo compartido por cada estadía hospitalaria al momento del alta. <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación.</i>
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente internado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o defectuoso, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos de acuerdo con las secciones pertinentes de este Cuadro de Beneficios Médicos. Por favor consulte las siguientes secciones: • Sección “Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio médico”. • Sección “Pruebas diagnósticas, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”. • Sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados”.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
- Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente. - Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Sección “Servicios de rehabilitación ambulatoria”.
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. El médico debe prescribir estos servicios y renovarlos su pedido anualmente si Su tratamiento será necesario durante el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen	0%-20% del costo de la quimioterapia y otros

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Legembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite... Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) Exploraciones y pruebas antes y/o durante el tratamiento que podrían incrementar sus costos totales. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante. Trasplante cubierto, y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Medicamentos de la Parte D de Medicare. La cobertura cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.	medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por un suministro de 30 días de insulinas en el Nivel 1 y el Nivel 6. Copago de \$24 por un suministro de 30 días de insulinas en los niveles 2, 3, 4 y 5. <i>Puede requerirse autorización previa</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta).	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Línea directa de enfermería y tecnologías de acceso remoto* Este beneficio incluye un centro de llamadas disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, atendido por enfermeras tituladas para ayudar a los miembros que puedan requerir diagnóstico y tratamiento, preguntas u otros recursos relacionados con su salud.	\$0 copago
 Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	<i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios.</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "Beneficios Hospitalarios de Medicare". Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Copago de \$0 por estadía para servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella	Copago de \$100 por visita para servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos no pueden administrarse por cuenta propia Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de \$0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).	Copago de \$0 por sesiones de terapia cubiertas por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Tratamiento ambulatorio y asesoramiento por abuso de sustancias, según lo cubierto por Medicare Original	Copago de \$0 para sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, En el hospital, usted es paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.	Copago de \$0 por cada cirugía cubierta por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria Copago de \$100 por visita para servicios hospitalarios ambulatorios <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación.</i>
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>Hospitalización parciales</i> un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. <i>Servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud mental (conductual) activa brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su	Copago de \$0 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare Copago de \$0 por servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare <i>Se puede requerir autorización previa y/o derivación para servicios de hospitalización parcial.</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio ambulatorio del hospital.	
Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS)* El beneficio incluye: • Dispositivo PERS con detección automática de caídas • Soporte de centro de llamadas de respuesta a emergencias 24/7 Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS)* (continuación) • Actualizaciones en tiempo real con comunicación bidireccional con el equipo de respuesta a emergencias y llamadas salientes a un cuidador designado • Aplicación móvil que permite a los cuidadores designados recibir actualizaciones y comunicación con el miembro a través del dispositivo PERS Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.	\$0 copago
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.	\$0 copago por: • Visitas al médico de atención primaria • Visitas a especialistas • Servicios de telesalud <i>Puede requerirse autorización previa para</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si Su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de médicos de atención primaria, quiropráctica, servicios especializados, servicios de salud mental, servicios psiquiátricos, servicios de abuso de sustancias, servicios de terapia y otros servicios profesionales. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir alguno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Si usted y su proveedor han acordado usar servicios de telesalud, puede contactarlos mediante el método previamente acordado. Si necesita servicios de telesalud, puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al reverso de su identificación de miembro y le ayudaremos a conectar con el proveedor adecuado.	<i>servicios especializados, excluidos los nefrólogos.</i>
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tienes una visita en persona cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ No eres un paciente nuevo y ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El check-in no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible. • Evaluación del video y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ No eres un paciente nuevo y Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión por otro proveedor de red antes a la cirugía	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados	Copago de \$0 para dispositivos y suministros cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección "Cuidado de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	que cuestan menos de \$100. 20% del costo de dispositivos y suministros cubiertos por Medicare que cuestan \$100 o más. <i>Puede requerirse autorización previa</i>
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para la rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación</i>
 Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba de detección inicial mediante LDCT:</i> Los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede realizarse durante cualquier consulta pertinente con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón para pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	cubierta por Medicare ni para la LDCT.
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Corres un alto riesgo porque usas o has usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo (por	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.	
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan las pruebas. Solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de consejería conductual presencial de alta intensidad, de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las proporciona un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente)	Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedades renales y diálisis cubiertos por Medicare Del 0% al 20% del costo de los medicamentos recetados de la Parte B <i>Es posible que se requiera autorización previa y/o derivación para servicios de educación sobre enfermedades renales y</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en auto diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	<i>medicamentos de la Parte B</i>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se les llama SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF	Por entrada o estancia: • \$0 copago por día para los días 1 al 20; • Copago de \$218 por día para los días 21 al 100 El costo compartido de los beneficios de un SNF se basa en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día de su ingreso al centro y termina al ser dado de alta. Si acude al hospital o a un SNF después de que haya finalizado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. No hay límite en el número de períodos de beneficio.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada • Servicios de médicos/profesionales Generalmente, recibe atención de un centro de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta nuestro plan cantidades a pagar. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted sale del hospital	Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted deberá pagar el costo compartido correspondiente cada vez que le den el alta. <i>Puede requerirse autorización previa y/o derivación.</i>
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* <i>Tarjeta de débito Healthy Choices</i> Recibirá una asignación trimestral combinada de \$330 para utilizar en: • Artículos de venta libre; • Alimentos y productos saludables; y • Utilidades. Los importes no utilizados no se trasladan al período siguiente. Para calificar para este beneficio, debe tener una de las siguientes condiciones crónicas y participar en nuestro programa de administración de atención: • Trastornos cardiovasculares; • Insuficiencia cardíaca crónica; y • Diabetes mellitus	Copago de \$0 por una asignación trimestral de \$330 para usar en apoyo a opciones saludables <i>Puede requerirse autorización previa</i>
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para EAP del médico responsable del tratamiento de EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: Terapia de ejercicio supervisada (SET)(continuado) • Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare <i>Puede requerirse autorización previa y/o remisión</i>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. El SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Apoyo para cuidadores* Los miembros pueden recibir cuidados de relevo para sus cuidadores hasta 12 veces al año.	\$0 copago
Transporte (de rutina)* Recibirá hasta 24 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan.	\$0 copago
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente. Servicios urgentemente necesarios (continuación) Atención urgente necesaria en todo el mundo* El plan cubre la atención médica urgente recibida en todo el mundo hasta un límite máximo de beneficio de \$10,000 al año, sin exceder el 60% de las tarifas locales de Medicare. El límite máximo de beneficio incluye servicios de atención de	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare Atención urgentemente necesaria en todo el mundo \$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
emergencia en todo el mundo. Consulte la sección "Atención de Emergencia" en esta tabla. (La atención de urgencia mundial se refiere a la atención urgente recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda. Beneficio complementario de la vista* Recibirás: • Un (1) examen ocular de rutina por año; y • Una asignación máxima anual de \$335 para: ○ Gafas (lentes y monturas); y ○ Actualizaciones  Cuidado de la vista (continuación) Nuestro plan tiene contrato con EyeMed para brindarle servicios complementarios de la vista. Para obtener más	Copago de \$0 por servicios de la vista y anteojos cubiertos por Medicare Copago de \$0 para exámenes oculares de rutina Subsidio anual de \$335 para anteojos

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicio cubierto	Lo que pagas
información, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web www.ChampionHMO.com	
 Bienvenido a la visita preventiva de Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de Bienvenida a Medicare. Esta consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica, si los necesita. Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Copago de \$0 por ECG realizado como parte de su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
	Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Nuestro plan ofrece atención de relevo para los cuidadores de los miembros. Consulte la sección "Apoyo para cuidadores" en la Tabla de Beneficios Médicos, Sección 2, arriba.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de ama de casa Incluye ayuda doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención ambulatoria o hospitalaria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Zapatos que forman parte de una ortesis de pierna y están incluidos en el costo de la ortesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implante una lente intraocular.
Cuidado rutinario de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) que le escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (Ir a la Sección 2) o Puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.)
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Llene su receta en una farmacia de la red a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se obtienen en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas obtenidas en farmacias fuera de la red).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su Directorio de Farmacias, visite nuestro sitio web (<https://championhmo.com/provider-directories>) y/o llame a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice la Farmacia Directa *oría*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ChampionHMO.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su Directorio de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Farmacias (<https://championhmo.com/provider-directories>) o Llamar a un miembro Servicios 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

El pedido por correo de nuestro plan El servicio requiere que usted solicite un suministro de al menos 100 días.

A obtenga formularios de pedido e información Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le será entregado en no más de 14 días. Si planea usar una farmacia de pedidos por correo, es recomendable pedirle a su médico que le extienda dos recetas para sus medicamentos: una para pedir por correo y otra para surtir personalmente en una farmacia de la red si su pedido por correo no llega a tiempo. De esta manera, no tendrá un corte en el suministro de sus medicamentos si su pedido por correo se retrasa. Si tiene problemas para surtir su receta mientras espera su pedido por correo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Las nuevas recetas las recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico..

Después de que la farmacia reciba una receta de un profesional de la salud, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea surtir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Recargas de recetas médicas compradas por correo. Para recargas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro ofertas de planes 2 maneras Para obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento con un costo compartido más bajo. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten estos costos compartidos más bajos. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. Su Directorio de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Farmacias (<https://championhmo.com/provider-directories>) le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de mantenimiento drogas. También puede llamar al Miembro Servicios en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros en **1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Necesita una receta para una emergencia médica.
- Está de viaje fuera del área de servicio del plan, pero dentro de los EE. UU. o sus territorios, y se enferma, pierde sus medicamentos recetados o se queda sin ellos.
- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de su área de servicio porque no hay una farmacia de la red que brinde servicio las 24 horas disponible dentro de una distancia de manejo razonable.
- Está intentando obtener un medicamento recetado que no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de pedidos por correo (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan cuenta con una Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario). En esta Evidencia de Cobertura, la llamamos Lista de Medicamentos.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan, siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen ser más económicos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis (6) niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 (Genéricos Preferidos): Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos. También incluye ciertos medicamentos que normalmente no cubre la Parte D.
- Nivel 2 (Genérico): Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 (Marca Preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca preferida. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos con un precio similar al del medicamento de marca original.
- Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferente): Este nivel incluye medicamentos de marca no preferente. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferentes con un precio similar al del medicamento de marca original.
- Nivel 5 (Nivel de Especialidades): Este es el nivel de mayor costo e incluye medicamentos especializados. Puede incluir medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel generalmente cuestan más que los de los otros niveles de costo compartido.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos): Este nivel es otro nivel de bajo costo e incluye medicamentos para cuidados selectos para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que tenemos proporcionado electrónicamente.
- Visita el sitio web de nuestro plan (<https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/>). La lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para averiguar lo si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (<https://openenrollment.medimpact.com/#/web/rps/drug-price>) para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Miembro Servicios en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su profesional de la

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una al día frente a 2 al día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.

Llamar Servicios para miembros en 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción para usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos o no aceptar eximirle de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina autorización previa. Esta autorización se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (<https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#prior>).

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan podría exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina terapia escalonada. Puede obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (<https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#step>).

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar y que no está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones por lo que puedes hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puedes cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.

- **Si eres un miembro nuevo,** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante el primer **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuviste en nuestro plan el año pasado,** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante el primer **90 días** del año calendario.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Este suministro temporal tendrá una duración máxima de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos surtirla varias veces para un máximo de 30 días. Medicamentos. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días** y vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato: Cubriremos un suministro de 31 días Suministro de emergencia de un medicamento específico, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para miembros con cambios en el nivel de atención:** Si experimenta un cambio en su nivel de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo) y le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, es posible que deba solicitar una excepción para continuar con la cobertura de su medicamento.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puedes cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría serle útil.

Opción 2. Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que desea. Si su proveedor indica que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y lo cubra sin restricciones.

Si ya es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración justificativa de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, aquí hay cosas que puede hacer:

Puedes cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento con un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría serle útil.

Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 de Especialidades no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el costo compartido de los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año.

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del mismo.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede realizar ciertas sustituciones genéricas y biosimilares inmediatas: Para reemplazar de inmediato medicamentos de marca o productos biológicos con, respectivamente, nuevos medicamentos terapéuticamente equivalentes o nuevos medicamentos genéricos autorizados o nuevos productos biológicos intercambiables o nuevos productos biológicos sin marca (o para cambiar la clasificación o las restricciones, o ambas, aplicadas si el medicamento relacionado permanece en el formulario), los patrocinadores del plan que de otra manera cumplan con los requisitos deben incluir este texto:

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y notificarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el mismo medicamento al momento del cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un 30-dosis diaria de la versión del medicamento que estás tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podríamos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo notificaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, Nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones más adecuadas para usted, como cambiar a un medicamento diferente para

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podríamos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si ya está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no los cubre.

Si recibe medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted mismo. (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso no autorizado de un medicamento cuando este no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso no autorizado es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por los cuales se le puede cobrar una prima adicional. Se proporciona más información a continuación).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren únicamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Cubrimos el sildenafil en el Nivel 2 del formulario. El monto que paga por estos medicamentos no se considera para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para más información. Si tiene cobertura de medicamentos a través de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que encontrará en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que nos corresponde del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia su parte del costo al recoger su receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción a nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Consulte su Directorio de Farmacias (<https://championhmo.com/provider-directories>) Para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (LTC) o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, Vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Ellos pueden ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura grupal para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos será secundaria a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos eso es Se espera que paguen, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable Porque podría necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilación, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o al médico que receta que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos o le den de alta, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según lo explicado en este documento. Para evitar demoras en la farmacia al finalizar su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Revisamos cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que eres alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (PMD). Si usa opioides que obtiene de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que usa opioides o benzodiazepinas recetados. Los medicamentos pueden no ser seguros, por lo que podríamos limitar su acceso. Si lo asignamos a nuestro Plan de Manejo de Drogas (PMD), las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas medicamentos de una(s) farmacia(s) determinada(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas medicamentos de un determinado prescriptor(es)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas solo de un médico o farmacia específico. Tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Ir a Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será ubicado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o que están en un plan de gestión de medicamentos (PMD) para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, encontrará información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

Puede que no se aplique a usted. Te enviamos un folleto aparte, llamado Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar el Rider LIS.

En este capítulo, usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, mientras que otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted adquirió una cobertura de medicamentos complementaria.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.ChampionHMO.com), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- **Deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **Copago** Es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- **Coaseguro** Es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué se considera y qué no para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **incluya los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):**

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de desembolso personal

- La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la EOB de la Parte D le informará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para Champion Care (HMO C-SNP) miembros

Hay 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos bajo Champion Care (HMO C-SNP). El precio por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al surtirla o renovarla. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** Este es el monto que pagó. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una explicación de beneficios (EOB) de la Parte D. Esta explicación de beneficios (EOB) de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Aquí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer llenado para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- **Existen recetas alternativas de menor costo disponibles.** Aquí se muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamo de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos y pagos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que vaya a surtir una receta médica.** Esto nos ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Ejemplos de cuándo debería proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíanos información sobre los pagos que otros realizan por ti.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se contabilizan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas se incluyen en sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Consulta el informe escrito que te enviamos.** Cuando reciba la Explicación de Beneficios de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Champion Care (HMO C-SNP).

Champion Care (HMO C-SNP) no tiene deducible. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial al surtir su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que pagas por un medicamento depende del medicamento y de dónde surtas tu receta.

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su parte). monto del copago o coaseguro). Usted Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde obtenga su receta.

Nuestro plan tiene seis (6) niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 (Genéricos Preferidos): Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos. También incluye ciertos medicamentos que normalmente no cubre la Parte D. Paga \$0 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 2 (Genérico): Este nivel incluye medicamentos genéricos. No paga más de \$3 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 3 (Marca Preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca preferida. También puede incluir medicamentos genéricos no preferidos con un precio similar al del medicamento de marca original. Paga \$20 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 4 (Marca no preferida): Este nivel incluye medicamentos de marca no preferida. También puede incluir algunos medicamentos genéricos no preferidos con un precio

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

similar al del medicamento de marca original. Paga \$20 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.

- Nivel 5 (Nivel de Especialidades): Este nivel incluye medicamentos especializados. También puede incluir medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel generalmente cuestan más que los de los otros niveles de costos compartidos. Usted paga \$35 al mes por cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 6 (Medicamentos Selectos): Este nivel incluye medicamentos selectos para tratar afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto. Paga \$0 por suministro mensual de cada insulina cubierta en este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que pagas por un medicamento depende de si lo obtienes de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Nuestra farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de farmacias de nuestro plan (<https://championhmo.com/provider-directories>).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido) Insulinas	\$0 \$0	No disponible	\$0 \$0	\$0 \$0
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico) Insulinas	\$3 \$3	No disponible	\$3 \$3	\$3 \$3
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida) Insulinas	\$47 \$20	No disponible	\$47 \$20	\$47 \$20
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido) Insulinas	\$100 \$20	No disponible	\$100 \$20	\$100 \$20
Nivel 5 de costos compartidos (Especialidad) Insulinas	33% \$35	No disponible	33% \$35	33% \$35

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red	Costos compartidos de pedidos por correo	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)	Costos compartidos fuera de la red
	(hasta un suministro de 30 días)	(hasta un suministro de 30 días)	(hasta un suministro de 31 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 6 de costos compartidos	\$0	No	\$0	\$0
(Seleccione Cuidado)	\$0	disponible	\$0	\$0
Insulinas				

No pagará más de \$20 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3 y 4 y no más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en el nivel 5.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.

Normalmente, el precio de un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro (por ejemplo, si está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes de suministro, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro de todo el mes.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por los días que recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe.

Sección 5.4 Sus costos a largo plazo (hasta 100 días) suministro de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es hasta un 100-día suministrar.

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sus costos por un suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)]	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro para 100 días]
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido) Insulinas	\$0 \$0	\$0 \$0
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico) Insulinas	\$9 \$9	\$6 \$6
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida) Insulinas	\$105 \$60	\$94 \$40
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido) Insulinas	\$300 \$60	\$200 \$40
Nivel 5 de costos compartidos (Especialidad) Insulinas	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5
Nivel 6 de costos compartidos (Seleccione Cuidado) Insulinas	\$0 \$0	\$0 \$0

No pagará más de \$60 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3 y 4.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100.

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos por estos medicamentos no se contabilizarán en sus gastos de bolsillo totales.

La Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$2,100. Límite para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- La primera parte es el coste de la vacuna en sí.
- La segunda parte corresponde al costo de la vacuna. (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.

2. ¿Dónde se obtiene el? vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. ¿Quién te pone la vacuna? mi.

- Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre.

- Al vacunarse, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo de la administración de la misma. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total.
- Otras veces, cuando recibes una vacuna, solo pagas tu parte del costo según tu beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagas nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Tú obtienes La vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (La posibilidad de elegir esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

Capítulo 6 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye la costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Tú obtienes el Vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto pagado menos. Cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia entre el costo del médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto pagado menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y la diferencia entre el costo del médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, al recibir atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, podría pagar más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan, o podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar un reembolso. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el costo si ha pagado más de lo que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con ciertas fechas límite para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior al que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar, le notificaremos. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

1. Cuando tú recibí atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no. En estos casos,

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree no adeudar. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que usted cree que debería pagarlo paga

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y cobrarle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como facturación de saldo. Esta protección (que usted nunca pague más que su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red que considere que supera el monto que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si usted fue inscrito retroactivamente en Si usted pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

solicitarnos el reembolso de nuestra parte de los costos. Debe presentar la documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que no puedan presentarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo nuestra tarjeta de membresía del plan

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

6. Cuando pagas el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que desconocía o que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una decisión de cobertura. Si decidimos que debe estar cubierto, pagar nuestra parte del costo para el servicio o

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 Tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si lo hace, envíe su factura y la documentación de cualquier pago realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los plazos que se detallan a continuación.** la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Si no utiliza el formulario, asegúrese de que su solicitud incluya la siguiente información:
 - Una factura detallada con las fechas de servicio, el nombre del paciente y el monto cobrado por cada servicio;
 - Recibo de pago; y
 - Historiales médicos relevantes
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.ChampionHMO.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pide el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamos médicos, envíe su solicitud dentro de 1 año a partir de la fecha del servicio:

Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

Para reclamos de medicamentos recetados de la Parte D, envíe su solicitud dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento:

Sistemas de atención médica MedImpact, Inc.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o si usted no siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.

Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español y portugués, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le convenga, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante los Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.

Tienes derecho a elegir una proveedor de atención primaria (PCP) en La red de nuestro plan le proporcionará y gestionará sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el uso de su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Podrás ver la información de tus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a consultar su historial médico en nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos modificaciones o correcciones a su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Como un miembro de Champion Care (HMO C-SNP), usted Tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención.

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de forma que usted pueda comprenderlas.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Para conocer todas tus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos de su atención. Debe ser informado con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se ven incapaces de tomar decisiones sobre su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si lo desea, puede:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Complete un formulario escrito para darle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Déle a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar instrucciones antes de estas situaciones se denominan directivas anticipadas. Documentos como un testamento vital y un poder notarial para la atención médica son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtenerlo de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, lleve una copia con usted al hospital.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una directiva anticipada si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Livanta, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su plan. La información de contacto de la QIO se encuentra en el Capítulo 2 de este documento.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Sea cual sea su decisión sobre la cobertura, su apelación o su queja, estamos obligados a brindarle un trato justo.

Sección 1.7 Si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si crees que te han tratado injustamente o que no se han respetado tus derechos, y no se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para lidiar con el problema que tienes en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llama a tu SHIP local** al 1-800-432-0222
- **Llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llama a tu SHIP local** al 1-800-432-0222
- **Contacto Seguro médico del estado**
 - Visita www.Medicare.gov para leer la publicación Derechos y protecciones de Medicare (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se detallan los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos Además de nuestro plan, usted está obligado a informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o Parte D drogas.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de forma que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá continuar pagándola cada mes.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted No puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tienes un problema o inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, es necesario utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.
- Para otros problemas, es necesario utilizar el proceso para presentar quejas (también llamadas reclamos).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la tarea, este capítulo utiliza términos más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al brindar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien ajeno a nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe seguir para abordar su problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. El Programa de Asistencia de Medicare de Nevada (MAP) brinda asistencia gratuita y confidencial con Medicare. Puede comunicarse con ellos al 1-800-307-4444 o visitando su sitio web.

[https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_\(MAP\)/MAP_Prog/](https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Prog/).

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la Sección 4, Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.

No.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Vaya a la Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como atención médica. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como la cobertura y la forma en que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibieron una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura aclare que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con las normas correctamente. Al finalizar la revisión, le informamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión de la misma.

Si decimos que no a toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1..
- Vaya a la Sección 5.4 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Llamar a Servicios para Miembros en 1-800-885-8000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar el formulario de Designación de Representante. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://championhmo.com/forms/>.
 - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puedes pedirle a alguien que actúe en tu nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar el formulario de Designación de Representante. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://championhmo.com/forms/>.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada. En tal caso, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tienes derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o solicitar el nombre de uno en su colegio de abogados local u otro servicio

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, no está obligado a contratar a un abogado para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detallan cada una de ellas:

- **Sección 5** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puedes obtener ayuda o información de tu SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que está cubierta por nuestro plan. Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no la pagaríamos. Presente una apelación. Sección 5.3.
4. Recibió y pagó atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitarle un reembolso. Envíenos la factura. Sección 5.5.
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducirla o suspenderla podría perjudicar su salud. Presente una apelación. Sección 5.3.

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), Vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales para este tipo de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina determinación de la organización.

Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación acelerada.

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida cobertura Para tomar una decisión, debes cumplir 2 requisitos:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sólo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puedes obtener una rápida cobertura decisión sólo si el uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere un ayuno cobertura decisión, aceptaremos automáticamente darle una respuesta rápida cobertura decisión.

Si pides un ayuno cobertura decisión por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una rápida cobertura decisión. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para un artículo o servicio médico sujeto a sus normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado.

Un ayuno cobertura La decisión significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina reconsideración del plan.

Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de obtener una apelación rápida cobertura decisión en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámanos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** A partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a su recepción. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** Enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o dentro de los 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** Enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente. A veces se le denomina IRE.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina expediente. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, podría tardar hasta 14 días calendario más. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario posteriores a su recepción. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, podría tardar hasta 14 días calendario más. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** Debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o prestar el servicio dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B** Debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 24 horas a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación** Significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.

- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles...La información sobre cómo hacer esto se encuentra en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para el uso de su cobertura médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o no cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago, puede apelar. Al apelar, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 5.3 Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D. Para simplificar, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir siempre "medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto" o "medicamento de la Parte D". También usamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de "Lista de Medicamentos Cubiertos" o "formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar un pago menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. Solicite el reembolso. Sección 6.4

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción**Términos legales:**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una excepción al formulario.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una excepción al formulario.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una excepción de nivel.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede solicitarnos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro prescriptor pueden solicitarnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar la una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.**

Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que incluye alternativas a productos biológicos para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**Su médico debe informarnos las razones médicas.**

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel o niveles de costo compartido más bajos no le resulten tan eficaces o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

Una decisión de cobertura rápida se denomina determinación de cobertura acelerada.

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Decisiones de cobertura estándar Se toman dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del informe médico. Las decisiones rápidas sobre la cobertura se toman dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del informe médico.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si tu salud lo requiere, solicita que te hagamos una prueba rápida cobertura decisión. Para obtener una rápida cobertura Para tomar una decisión, debes cumplir 2 requisitos:

- Debes estar pidiendo un medicamento que aún no has recibido. (No puedes pedirlo rápido) cobertura decisión de que le reembolsen el dinero por un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro médico que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere un ayuno cobertura decisión, le daremos automáticamente una respuesta rápida cobertura decisión.**
- **Si pides un ayuno cobertura Si decide por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del médico que le receta medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos un tratamiento rápido cobertura decisión.** Si no aprobamos un ayuno cobertura decisión, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica si su médico u otro médico que le receta medicamentos solicita el ayuno cobertura decisión, le daremos automáticamente una respuesta rápida cobertura decisión.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle un servicio estándar cobertura decisión en lugar del ayuno cobertura Decisión solicitada. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud presentada mediante el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS, que... es un Disponible en nuestro sitio web <https://championhmo.com/part-d-prescribed-drugs-coverage/#prior>. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** Cuáles son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional que le receta medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. O bien, puede informarnos por teléfono y, si es necesario, hacer un seguimiento enviando una declaración por fax o correo postal.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión rápida de cobertura***

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** Debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** Le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** Debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió** Le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días naturales siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió**, También estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió** Le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se llama redeterminación acelerada.

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que le recetará medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro prescriptor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de redeterminación del modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web www.ChampionHMO.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** A partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud. Podríamos contactarlo a usted, a su médico o a otro profesional que le receta medicamentos para obtener más información.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a su recepción. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** Debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió,** Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió** Debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de 7 días calendario después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió** Le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días naturales siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted pidió,** También estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que usted pidió** Le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente. A veces se le denomina IRE.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de riesgo bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina expediente. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud si se trata de un medicamento que aún no ha adquirido. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** Debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si el organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** Debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si el organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud para devolverle el dinero** Para un medicamento que ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (total o parcialmente). (Esto se denomina confirmar la decisión. También se denomina rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama fecha de alta.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros.1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende. Te dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de darlo de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Tú Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso no implica que esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
 - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización por un período más largo, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**
- **Pide ayuda si la necesitas** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa de Asistencia Médica de Nevada (MAP) al 1-800-307-4444 o visite su sitio web en [https://adssd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare Assistance Program \(MAP\)/MAP Pr og/](https://adssd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Pr og/) La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La Organización para la Mejora de la Calidad Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad antes de salir del hospital y a más tardar a la medianoche del día de su alta.
 - **Si cumple con este plazo** Puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a su contacto, le enviaremos un Aviso Detallado de Alta. Este aviso le proporciona...su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando a Servicios para miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación por parte de los revisores, recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta prevista. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente responde que sí, debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su solicitud, significa que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada. En tal caso, la cobertura de sus servicios hospitalarios finalizará al mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece hospitalizado después de su fecha de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar con atención toda la información sobre su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente dice que sí:***

- **Debemos reembolsarle** Por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos seguir cubriendo su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es no, debes decidir si deseas continuar con tu apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto

Cuando recibe servicios de salud a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación ambulatoria integral), tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura.

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una apelación acelerada. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibirás un aviso por escrito** Al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso solo demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. Firmarlo no significa que esté de acuerdo con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por un período más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pide ayuda si la necesitas** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa de Asistencia de Medicare de Nevada (MAP) al 1-800-307-4444 o visite su sitio web en [https://adssd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_\(MAP\)/MAP_Pr og/](https://adssd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Pr og/) La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (Aviso de No Cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Actúa rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del Aviso de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de No Cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**Término legal:**

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que detalla los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros la Explicación detallada de no cobertura que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.***¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?***

- Si los revisores responden afirmativamente a su apelación, entonces debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos.
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) después de esta fecha cuando finaliza su cobertura, tendrá que pagar el costo total de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que no a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención médica después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, o la atención en un centro de enfermería especializada, o Servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF) después de la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar con atención toda la información sobre su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** Por nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. Debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que suma un total de 5. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá presentar apelaciones adicionales. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede o no terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con ella.

Apelación de nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es válida o no. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto determinado, podría acceder a niveles adicionales de apelación. Si el monto es menor, no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal El gobierno revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador dentro de las 72 horas (24 horas para

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es válida o no. Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se gestionan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas solo se utiliza para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se muestran ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respetando su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros? • ¿Sientes que te están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Este tipo de quejas tienen que ver con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A la queja también se le llama reclamación.

Presentar una queja Se llama presentar una queja.

Utilizando el proceso para quejas Se denomina utilizar el proceso para presentar una queja.

Una queja rápida se llama queja acelerada.

Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamando a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Suele ser el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, el Servicio de Atención al Miembro se lo informará.
- **Si no deseas llamar (o llamaste y no quedaste satisfecho), puedes poner tu queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debe presentar su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente del que se queja. Atenderemos su queja lo antes posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita una prórroga o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es en su mejor interés. Le notificaremos si esto ocurre.
- Si su queja está relacionada con la extensión del plazo por parte del plan (como se describe arriba) o con la decisión del plan de que no necesitaba una decisión de cobertura rápida ni una apelación rápida, puede presentar una queja acelerada. Responderemos a su queja acelerada en 24 horas.
- El plazo para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde el momento en que se produjo el problema sobre el que se desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible le responderemos lo antes posible.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.

Cuando su queja sea sobre la calidad de la atención, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización de Mejora de la Calidad** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Champion Care (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Fin de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en Champion Care (HMO C-SNP) Puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección):

- Podrías abandonar nuestro plan porque así lo deseas. Las secciones 2 y 3 te brindan información sobre cómo cancelar tu membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puedes finalizar tu membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de Inscripción Abierta cada año. Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** Es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
 - Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado, o
 - Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Tu membresía terminará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comienza el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar un cambio en su cobertura de salud durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a ella.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancele su suscripción a nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** El primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Champion Care (HMO C-SNP) Pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como Período de Inscripción Especial.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial Si se da alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando te mudas
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si te inscribes en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

Nota: Si participa en un programa de control de drogas, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, ofrece más información sobre los programas de control de drogas.

Los períodos de inscripción varían Dependiendo de su situación.

Para saber si usted es elegible para un Período de Inscripción Especial Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado, o
- Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía generalmente terminará** el primer día del mes siguiente a que recibamos su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan**Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía puede:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual Medicare & You 2026
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribáse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Champion Care (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Serás dado de baja automáticamente de <i>Champion Care (HMO C-SNP)</i> cuando comienza la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare separado	• Envíenos una solicitud por escrito a darse de baja. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Serás dado de baja de Champion Care (HMO C-SNP) cuándo comienza su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de red para obtener atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo surta sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta.** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Champion Care (HMO C-SNP) Debemos finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones

Champion Care (HMO C-SNP) Debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A de Medicare y Parte B
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más tiempo más de 6 meses
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) Para saber si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan
 - Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage.
- Si usted es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otros seguros, tiene derecho a que le proporcionen cobertura para medicamentos recetados.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para el mismo, no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo cancelará de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una condición médica requerida para la inscripción en Champion Care (HMO C-SNP).

En la mayoría de los casos, Champion Care (HMO C-SNP) No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo de salud. Solo podemos hacerlo si ya no tiene la condición médica requerida para inscribirse en Champion Care (HMO C-SNP).

¿Qué debes hacer si esto sucede?

Si considera que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley aplicable a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos Basándose en raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-885-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, Champion Care (HMO C-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso de privacidad de HIPAA

EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (AVISO) DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro deber legal

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Champion puede usar y divulgar información médica sobre usted (su "información médica protegida" o "PHI") para llevar a cabo actividades de pago, operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su PHI. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. Debemos proporcionarle un aviso de cualquier uso o divulgación no permitidos de su PHI no segura si su información se ha visto comprometida según los estándares estatales y federales aplicables. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entró en vigor el 1 de enero de 2023 y permanecerá vigente hasta que Champion lo reemplace. Este Aviso de Prácticas de Privacidad tiene como objetivo incorporar los requisitos de HIPAA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), así como los requisitos estatales.

Tiene derecho a recibir una copia escrita de este Aviso si la solicita. Puede imprimir una copia desde nuestro sitio web o contactarnos utilizando la información que aparece al final de este Aviso para obtener una copia impresa. Organizaciones cubiertas por este Aviso: Este Aviso se aplica a las prácticas de privacidad de Champion. Su proveedor o grupo médico, así como cualquier proveedor de atención especializada, hospital, farmacia u otro proveedor del que reciba tratamiento o servicios, pueden tener su propio aviso que describe cómo mantienen la privacidad de su PHI.

Capítulo 11 Avisos legales

Nuestros usos y divulgaciones de su PHI

Usamos y divulgamos su PHI para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Al usar o divulgar su información para estos fines, usamos o divulgamos solo la cantidad mínima de PHI necesaria para lograrlo. Podemos usar o divulgar su PHI:

Para actividades de tratamiento: por ejemplo, podemos revelar información sobre sus medicamentos recetados a su médico para que él/ella pueda entender mejor cómo brindarle atención médica.

Para actividades de pago: por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales y otros proveedores por servicios prestados a usted que están cubiertos por su plan de salud, para determinar su elegibilidad para beneficios o para emitir explicaciones de beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que participa.

Para Operaciones de Atención Médica: Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora, acreditar a proveedores y evaluar su desempeño, o para coordinar la atención médica o la gestión de casos. También podemos usar o divulgar su PHI para fines de inscripción y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de beneficios.

Para divulgarle información: Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted con fines de atención al cliente o para proporcionarle la información que solicite. Podemos usar y divulgar información sobre usted para los fines de registro de acceso y divulgación descritos en la sección "Sus derechos" de este aviso.

Haz revelaciones a tus familiares y amigos:

Podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que participa en su atención médica o en el pago de la misma. También podemos divulgar su PHI a una de estas personas si usted no está presente o si no puede otorgar el permiso requerido debido a una emergencia médica, accidente o situación similar, si determinamos que dicha divulgación sería lo mejor para usted. En estas situaciones, solo podemos divulgar la información médica protegida directamente relacionada con la participación de la persona en su atención médica o el pago de la misma.

Divulgaremos su PHI a una persona que usted haya designado como su representante personal y que cumpla los requisitos para dicha designación de conformidad con la legislación estatal pertinente. Antes de divulgar su PHI a dicha persona, deberá presentar una notificación por escrito de su designación, junto con la documentación de respaldo, como un

Capítulo 11 Avisos legales

poder notarial o un formulario de Designación de Representante Personal del Miembro debidamente firmado. También puede autorizarnos a divulgar su PHI a cualquier persona con su autorización escrita (consulte la sección "Otros usos y divulgaciones de su PHI" más adelante).

Usos y divulgaciones permitidos: Podemos usar y divulgar su PHI según lo permita o requiera la ley, incluso para los siguientes fines:

- **Requerido por ley:** Podemos usar o divulgar PHI cuando así lo exija la ley estatal o federal.
- **Investigación:** Podemos divulgar PHI a investigadores, siempre que estos cumplan con los requisitos de confidencialidad aplicables.
- **Salud y seguridad:** Podemos divulgar PHI en la medida que sea necesario para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o para denunciar o prevenir abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.
- **Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar PHI para actividades de salud pública que estén permitidas o requeridas por ley, como la prevención o el control de enfermedades transmisibles.
- **Actividades de supervisión de salud:** Podemos divulgar PHI a una agencia de supervisión de salud, como la División de Seguros del Departamento de Regulación Comercial, para actividades de supervisión autorizadas por la ley.
- **Proceso y procedimientos:** Podemos divulgar PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, de acuerdo con las garantías procesales específicas.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar PHI a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines limitados, como cuando sea necesario proporcionar evidencia de un delito que ocurrió en nuestras instalaciones.
- **Compensación laboral:** Podemos divulgar PHI de acuerdo con las leyes de compensación laboral y otros programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Funciones gubernamentales especiales:** Podemos divulgar PHI para varias funciones gubernamentales, incluidas las divulgaciones a las Fuerzas Armadas para personal activo, a Agencias de Inteligencia para seguridad nacional y al Departamento de Estado por razones de servicios exteriores.

Impacto de la ley estatal: Es posible que estemos obligados a cumplir con las leyes estatales de privacidad u otras leyes aplicables que limiten nuestro uso o divulgación de PHI en mayor medida que HIPAA.

Otros usos y divulgaciones de su PHI: Debemos obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para cualquier propósito no descrito anteriormente. Si nos proporciona

Capítulo 11 Avisos legales

dicha autorización, puede revocarla por escrito y su revocación surtirá efecto para futuros usos y divulgaciones de su PHI. Sin embargo, su revocación no surtirá efecto para la PHI que ya hayamos usado o divulgado con base en la autorización. Para revocar una autorización que nos haya proporcionado, contáctenos utilizando la información que se proporciona al final de este aviso.

Se requerirá una autorización para cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia. Confiaremos en que nuestro proveedor de salud conductual obtenga la autorización para permitir el uso de las notas de psicoterapia; si necesitamos divulgarlas, solicitaremos su autorización por escrito. También debemos obtener su autorización por escrito para vender información sobre usted a un tercero o, en la mayoría de los casos, para usar o divulgar su PHI con el fin de enviarle comunicaciones sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización por escrito para enviarle comunicaciones sobre productos o servicios relacionados con la salud, siempre que estos estén relacionados con su cobertura o sean ofrecidos por nosotros.

SUS DERECHOS

Derecho a Inspeccionar y Copiar: Tiene derecho a ver u obtener copias de la PHI que utilizamos para tomar decisiones sobre el pago de su atención médica. Para ver o copiar su PHI, debe enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que figura en la contraportada de este Aviso. Es importante que envíe su solicitud de inspección y copia a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe para esta solicitud. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío u otros costos asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de acceso en circunstancias limitadas.

Derecho a rectificar: Si considera que su PHI es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Para ello, escríbanos a la dirección que figura en la contraportada de este Aviso. Su solicitud debe indicar el motivo de la modificación. Es importante que envíe su solicitud de modificación a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe para esta solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación en algunas circunstancias, por ejemplo, si consideramos que la información que tenemos es precisa y completa.

Derecho a un Informe: Tiene derecho a conocer ciertas divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a informarle sobre las divulgaciones que realizamos para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines. Sin embargo, puede solicitar una lista de otras divulgaciones que se reflejen en los últimos seis años a partir de la

Capítulo 11 Avisos legales

fecha de su solicitud. La lista incluirá, por ejemplo, las divulgaciones requeridas por ley, para procedimientos judiciales o administrativos, o para fines de investigación (excepto las divulgaciones que también se consideren nuestras operaciones de atención médica). Puede solicitar un informe enviando su solicitud por escrito a la dirección que figura en la contraportada de este Aviso. Es importante que envíe su solicitud de informe a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe para esta solicitud. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle el costo de proporcionarla. Le notificaremos el costo involucrado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en algún costo.

Derecho a solicitar una restricción: Tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información médica protegida que usamos o divulgamos sobre usted para fines de pago o para fines de atención médica. No estamos obligados a aceptar ninguna restricción que solicite. Si la aceptamos, la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Puede solicitar una restricción escribiéndonos a la dirección que figura en la contraportada de este Aviso. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe para esta solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:

Si considera que enviar su PHI a su dirección habitual podría ponerlo en peligro, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su PHI de una manera alternativa o en una ubicación alternativa. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en su dirección de trabajo o en otra dirección secundaria. Envíenos su solicitud a la dirección que figura en la contraportada de este Aviso. Es importante que dirija su solicitud de comunicaciones confidenciales a esta dirección para que podamos comenzar a procesarla. Si envía una solicitud a otra persona, oficina o dirección, nuestra respuesta podría demorarse. Le proporcionaremos un formulario para que lo complete y nos lo envíe para esta solicitud.

Accederemos a una solicitud por escrito de comunicaciones confidenciales que sea razonable y que indique que la divulgación total o parcial de su PHI podría ponerlo en peligro. Una vez que la solicitud de comunicaciones confidenciales entre en vigor, toda su PHI se procesará de acuerdo con sus instrucciones. No aceptaremos solicitudes de retención de PHI relacionadas únicamente con una afección, diagnóstico o tratamiento específico. Si cancela su solicitud de comunicaciones confidenciales, se eliminará la restricción para toda su PHI que tengamos, incluida la PHI que anteriormente estaba protegida. Por lo tanto, no debe cancelar una

Capítulo 11 Avisos legales

solicitud de comunicaciones confidenciales si le preocupa que la divulgación de su PHI pueda ponerlo en peligro.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene alguna pregunta o inquietud, contáctenos utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso. Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja por escrito a la dirección que figura al final de este Aviso. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No lo sancionaremos ni tomaremos represalias de ningún tipo por presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de aplicar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso a toda la PHI que mantenemos, incluyendo la PHI que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si realizamos un cambio sustancial en nuestro Aviso, lo modificaremos y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Proporcionaremos una copia del nuevo aviso (o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtenerlo) en nuestro próximo correo anual a los afiliados que estén cubiertos por uno de nuestros planes de salud.

DIRECCIÓN E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Responsable de privacidad y cumplimiento de Champion Health Plan
PO Box 15337, Long Beach, CA 90815
Teléfono: 1-800-885-8000
Teléfono de texto: 711
Fax: 1-949-998-9856
Correo electrónico: Hotline@championpayer.com

SECCIÓN 5 Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

Inglés: ATENCIÓN: Si habla inglés, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-885-8000 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Capítulo 11 Avisos legales

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-885-8000 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chino tradicional: 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電1-800-885-8000 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Chino simplificado: 中文

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电1-800-885-8000 (文本电话：711)或咨询您的服务提供商。

Tagalo: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng tagalo, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang ang mga naaangkop na aux na tulong and serbisyo upang magbigay ng imormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-885-8000 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong proveedor.

Francés: ATENCIÓN: Si vous parlez Français, los servicios de asistencia lingüística gratuita están a su disposición. Los asistentes y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles también están disponibles de forma gratuita. Llame al 1-800-885-8000 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Vietnamita: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Llame al 1-800-885-8000 (número de teléfono: 711).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Llame al 1-800-885-8000 (TTY: 711) o consulte con su proveedor.

Coreano: 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-885-8000 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Capítulo 11 Avisos legales

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных также предоставляются бесплатно. Posicionar por teléfono 1-800-885-8000 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Árabe:

Alá

Nombre: اللغة تحدث كنت إذا Alá، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وسائل تتوفر كما الرقم على اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة 1-800-885-8000 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन y सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-885-8000 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano: ATENCIÓN: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formatati accessibili. Chiama l'1-800-885-8000 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Criollo haitiano: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Lame al 1-800-885-8000 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Polaco: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-885-8000 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

japonés:

日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支

Capítulo 11 Avisos legales

援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-885-8000 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro de Cirugía Ambulatoria- Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no exceda de 24 horas.

Apelar-Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo- Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Atención Campeón (HMO C-SNP), Solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por él. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo ni le cobren más de lo que nuestro plan le indica que debe pagar.

Período de beneficio-La forma en que Tanto nuestro plan como el Original Medicare mide su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando recibe el alta del hospital o centro de enfermería especializada. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las presentaciones alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Biosimilar Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte la sección "Biosimilares intercambiables").

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca– Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y, por lo general, no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica– La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 por Medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)– La agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica (C-SNP)– Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coaseguro– Una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal. El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o copago): Cantidad que podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos–El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando servicios o medicamentos se obtienen. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de

Capítulo 12 Definiciones

copago fijo que un plan exige al obtener un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige al obtener un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido—Cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de seis (6) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, cuanto mayor sea el coste del medicamento.

Determinación de cobertura— Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos— El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos— El término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes tienen este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia— La atención de custodia es la atención personal brindada en un hogar de ancianos, un hospicio u otro entorno institucional cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye Ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas se realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido Se puede aplicar una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro mensual. Por ejemplo: si su copago

Capítulo 12 Definiciones

para un suministro mensual de un medicamento es de \$30, y en nuestro plan el suministro mensual es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible– La cantidad que debes pagar para atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o Cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación –Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de llenar una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) –Los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad– Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (EMD)– Ciertos equipos médicos que su médico le ordena por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor le ordena para uso en el hogar.

Emergencia Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la muerte del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia– Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación– Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Excepción– Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que es No está en nuestro formulario (excepción al formulario) o si obtiene un medicamento no preferido con un costo compartido más bajo (excepción por nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Ayuda adicional– Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico– Un medicamento recetado que está aprobado por laLa FDA considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele costar menos.

Queja- Cualquier tipo de queja que presente sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de salud a domicilio– Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio- Un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que tiene Ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria para pacientes internados –Una estadía en el hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, superan cierta cantidad, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se añade a su

Capítulo 12 Definiciones

prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial –Esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de desembolso personal.

Período de inscripción inicial –Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP)– Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertas instalaciones a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (IE-SNP)– Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable–Un biosimilar puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos)– Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio para bajos ingresos (LIS)– Vaya a Ayuda adicional.

Programa de descuentos del fabricante–Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Justo Máximo –El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de desembolso personal– Lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios dentro de la red. Servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los

Capítulo 12 Definiciones

montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso personal.

Medicaid (o Asistencia Médica)–Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada–Un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario–Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Seguro médico del estado– El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage–El período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA)– A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las

Capítulo 12 Definiciones

Partes A y B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare—Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B. Beneficios B para las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D)— Seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) —Un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos (MTM). Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) Seguro complementario de Medicare vendido por aseguradoras privadas para cubrir las carencias de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan, o Miembro del Plan)— Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros— Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red— Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener Sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de red Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. Los proveedores de la red tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, coordinar

Capítulo 12 Definiciones

y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Período de inscripción abierta –El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la organización Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. En este documento, las decisiones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original– Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare original(Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red–Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la redUn proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a sus miembros. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo– Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos Lo obtenido también se conoce como el requisito de costo de bolsillo del miembro.

Umbral de desembolso personal– La cantidad máxima que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones

Plan PACE Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C –Ir a Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D– El Programa de Beneficios Voluntarios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D– Un monto agregado a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)Un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido para los afiliados generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtengan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los costos totales combinados de bolsillo por servicios de proveedores dentro y fuera de la red (no preferidos).

De primera calidad –El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por gastos médicos o medicamentos recetados cobertura.

Servicios preventivos –Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Atención primaria Proveedor (PCP)– El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En Muchos planes de salud de Medicare requieren

Capítulo 12 Definiciones

que usted consulte a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa Aprobación previa para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos. Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis– Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO)– Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real” Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento específico y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) aplicables a los medicamentos alternativos.

Remisión Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia médica, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación– Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado –Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Vía de Servicio –Un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar,

Capítulo 12 Definiciones

generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su afiliación si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se prestan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de estos servicios incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

Período especial de inscripción –Un período establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de Inscripción Especial se incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales –Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada– Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)– Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Se necesita urgentemente Servicios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Champion Care (HMO C-SNP) Servicios para miembros

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
Llamar	1-800-885-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: de 8:00 a 20:00 horas, siete días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
Fax	1-949-227-3791
Escribir	Champion Health Plan PO Box 15337, Long Beach, CA 90815-9995
Sitio web	www.ChampionHMO.com

Programa de Asistencia de Medicare de Nevada (MAP)

MAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
Llamar	1-800-307-4444
Teléfono de texto	711
Escribir	1550 College Parkway Carson City, Nevada 89706 O, Correo electrónico a NevadaMAP@adsd.nv.gov
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare Assistance Program (MAP)/MAP Prog/

Declaración de divulgación de la PARA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un formulario de recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para este formulario es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.